Aus dem Städtischen Allerheiligen-Hospital zu Breslau.
Dermatologische Abteilung. (Professor Dr. W. Harttung.)

Lues maligna mit haemorrhagischen Exanthemen.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Oskar Seiffert,
Assistenzarzt an der dermatologischen Abteilung
des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.

Breslau 1911.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Neisser.

Dem Andenken seines Vaters

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543112_0056

Von jeher ist die Lues mit dem Stempel versehen worden, daß sie eine absolut typische Krankheit sei und im großen und ganzen nach einem ganz bestimmten Schema verlaufe. Aber die Praxis läßt sehr bald erkennen, wie wenig zutreffend diese Behauptung ist, und wie eigentlich jeder Tag der Beobachtung Varianten in den Erscheinungen und Varianten des Verlaufs bei den einzelnen Fällen zeigt, die durchaus von dem üblichen Typus abweichen und aus dem Rahmen der einzelnen großen, zusammengefaßten Syphilisphasen herausfallen. Das geschieht nicht nur in der Ausprägung zeitlicher Differenzen bei der Entwicklung einzelner Erscheinungen, so daß wir z. B. Papeln noch sehen, lange nachdem das papulöse Stadium eigentlich abgelaufen sein sollte, sondern auch in der Art der einzelnen Formen: in ihrer Entwicklung, ihrer Involution und den Begleiterscheinungen, welche ihr Auftreten im Körper zeitigt. In dieser großen Menge von einzelnen Bildern gibt es nun eine Gruppe, deren Zusammengehörigkeit in dem klinischen Verlaufe Haslund wohl zuerst erkannt hat, und die er unter dem Namen der „malignen Syphilis“ zusammengestellt hat. Aber dieser Krankheitsbegriff, den Haslund ziemlich scharf umschrieben bezeichnet hatte, hat nachher in seiner Deutung eine große Anzahl von Wandlungen erfahren, meist wohl nach der Richtung der Verwischung seiner verhältnismäßig scharfen Grenzen und der Subsummierung gewisser Krankheitsbilder unter ihn, die eben doch nicht zu dem ursprünglichen Begriffe gehören.

Unter der malignen Syphilis verstand Haslund jene Gruppe von Fällen, welche nicht nur in ihren Einzeleffloreszenzen, sondern auch in dem Verhalten des Gesamt-

organismus in der Zeit der Entwicklung der Krankheit einen ganz besonderen Typus zeigen, insofern als die Einzeleffloreszenz eine ausgesprochene Neigung zu Zerfall und Einschmelzung hat, im Gegensatz zu dem sonst ziemlich persistenten Infiltrate der Syphilispapeln, und ferner insofern als der gesamte Organismus in der Zeit der anfänglichen Eruptionen einer sehr hochgradigen Prostration mit Fieber, nächtlichen Schweißen, allgemeinen Störungen etc. anheimfällt. Fügen wir noch als drittes Merkmal hinzu, daß die Prognose der Malignafälle in der großen Mehrzahl eine durchaus gute ist, und daß die Krankheit gewöhnlich sich nach 1 bis 2jährigem Bestehen völlig ausgetobt hat, so ist damit das klinische Bild der Syphilis maligna in groben Strichen gekennzeichnet. Freilich gibt uns dieses Bild nicht gleich ein Verständnis für die Begründung seines Entstehens, und eine genaue Beobachtung und genaues Studium hat uns erst dahin geführt, daß wir die Ursache dieser Formen nicht in einer Individualität des Virus suchen dürfen, auch nicht in einer besonders ungünstigen, schwächlichen Beschaffenheit und körperlichen Ausrüstung ihrer Träger — sehen wir doch, daß die Maligna äußerst kräftige und starke Menschen ebenso gut befallen kann, wie schwache und geschwächte —, sondern vielmehr in einer Art Idiosynkrasie, die der einzelne Organismus gegen das Luesgift aufweist. Woher diese Idiosynkrasie entstanden sein könnte, das wissen wir nicht und können wir nicht sagen; jedenfalls haben wir kein Recht, sie als eine Art Überempfindlichkeitsreaktion aufzufassen oder sie überhaupt mit dem Verhalten vorangegangener Geschlechter gegen Syphilis in Zusammenhang zu bringen.

Auch die Auffassung, daß es sich bei der Maligna um eine Mischinfektion handeln könnte, erfreut sich einer großen Verbreitung unter den Dermatologen. Der richtigen Ätiologie wohl am nächsten kommen wird die Meinung derjenigen, welche die Syphilis maligna als eine Erkrankungsform auffassen, die nur diejenigen Menschen befällt, welche eine gewisse Idiosynkrasie gegen Syphilisgift

überhaupt haben. Erst jüngst hat Jadasson dieser Überzeugung von neuem Ausdruck gegeben. Er berichtet, wie er eine Anzahl Syphilitischer nach Art der Pirquet'schen Probe mit einem Extrakt von fötaler Syphilis inokuliert habe. Darauf trat eine deutliche Reaktion nur bei einem Patienten ein und zwar mehrfach hintereinander, und gerade dieser Patient zeigte eine maligne Lues.

Wie dem nun aber auch sei, vorläufig sind jedenfalls die Ursachen der Syphilis maligna noch nicht liquid. Wir können auf die Zukunft und auf weitere klinische Erfahrungen hoffen, daß uns daraus eine weitere Erklärung der fraglichen Verhältnisse werden möge. Einstweilen ist es dringend notwendig, die oben gegebenen Definitionen allgemein zu akzeptieren und, um nicht etwa Verwirrung zu schaffen, auch nur solche Fälle als Maligna zu bezeichnen, welche die oben angegebenen Charakteristika deutlich zeigen. Dazu wird natürlich auch eine möglichst ausgedehnte Kasuistik beitragen, und in diesem Sinne mag die Publikation der nachfolgenden Fälle, die jedenfalls mit zu den interessantesten Formen dieser Gruppe gehören, ihre Berechtigung finden.

Wenn im ganzen Syphilis-maligna-Fälle nicht allzu häufig vorkommen, so sind sie doch auch wieder nicht allzu selten. Auf unserer Abteilung mit einer Belegziffer von 150 Kranken ist eigentlich immer ein Fall von maligner Lues, ja zu der Zeit, als die beiden in den nachfolgenden Zeilen zu beschreibenden Krankheitsfälle auf der Abteilung waren, befanden sich gleichzeitig noch vier andere Fälle in Behandlung.

Fall I.

E. T., Dienstmädchen, 28 Jahre alt, aufgenommen: 15. Mai 1908.

Aus der Anamnese ist nichts Besonderes zu bemerken. Der Vater ist an Influenza gestorben. Die Mutter lebt, ist gesund, ebenso drei Geschwister. Von überstandenen Kinderkrankheiten ist der Pat. nichts bekannt. Auch späterhin

war sie immer gesund. Nur gibt sie an, daß sie schon seit vielen Jahren mit dem linken Auge schlechter sehe als rechts, ohne daß sie für diese Tatsache eine Ursache anführen könnte. Vor etwa einem halben Jahre hat Pat. einen Partus durchgemacht; das Kind war anfänglich gesund, starb aber im Alter von drei Monaten an „Gehirnkrämpfen". Drei Wochen vor der Aufnahme ins Hospital ist sie unter allgemeinen Erscheinungen erkrankt; seit 14 Tagen leidet sie angeblich an „Nesselsucht"; wegen dieser Affektion kommt sie auf die dermatologische Abteilung.

Status präsens: Mittelgroßes, kräftig gebautes Mädchen in leidlich gutem Ernährungszustande, Temperatur 37,2°.

Auf der Haut des ganzen Körpers finden sich zahlreiche, regellos verteilte, ganz typische Urtikariaquaddeln, größere zusammenhängende Flächen derselben besonders an den beiden Unterarmen. Subjektiv besteht ziemlich starker Juckreiz, der sich durch zahllose, am ganzen Körper vorhandene Kratzeffekte dokumentiert. Das Allgemeinbefinden ist kaum gestört, die Magen- und Darmfunktionen sind normal. Am linken Auge fällt eine Ptosis mäßigen Grades auf, welche angeblich schon seit vielen Jahren bestehen soll und über deren Ursache Pat. selbst nichts anzugeben vermag. Auf der Hornhaut des Auges sieht man mehrere ziemlich dicke, grauweiße Maculae, höchst wahrscheinlich die Residuen einer in frühester Kindheit überstandenen Keratitis. Die Sehschärfe des Auges ist stark herabgesetzt, so daß Pat. Finger nur in der Entfernung von 1 m richtig erkennt. Das rechte Auge ist normal. Die Zunge ist belegt, der Rachen leicht gerötet, sonst ohne pathologischen Befund.

Der Thorax ist kräftig gebaut, die Mammae gut entwickelt, an den Lungen ist perkutorisch nichts Abnormes zu finden, auskultatorisch erscheint das Atmungsgeräusch über der linken Lungenspitze etwas verschärft.

Die Herzdämpfung ist nach keiner Richtung hin verbreitert, auskultatorisch erscheint der erste Ton stark unrein; besonders fällt das an der Herzspitze auf, ein

deutliches systolisches Geräusch ist jedoch nicht vorhanden. Der Puls ist gut gespannt, regelmäßig, kräftig, nicht frequent.

Das Abdomen ist weich, nirgends druckempfindlich, zahlreiche alte Striae sind zu sehen. Leber und Milz ohne pathologischen Befund, ebenso die Geschlechtsorgane. In der linken Leistenbeuge ist eine kleine Drüse zu palpieren, nicht druckempfindlich, sonstige Drüsenschwellungen sind nirgends vorhanden. Die Prüfung des Nervensystems ergibt überall normale Verhältnisse.

Die Therapie bestand in täglicher Verabreichung von 3—5 gr Aspirin, zur äußeren Beeinflussung der Hautaffektion wurden täglich warme Bäder mit Kalium hypermanganicum appliziert.

Die Heilung verlief ungestört, nur zeitweise klagte Pat. über rheumatische Schmerzen im Genick und auf der Brust. Die Körpertemperatur war in dieser Zeit meist erhöht bis 38,3° und sank erst in den letzten beiden Tagen unter 37° herab.

Nach 10tägigem Aufenthalte sollte Pat. entlassen werden, als sich bei der Schlußuntersuchung ganz überraschender Weise ein neuer Befund auf der Haut zeigte, der nur über Nacht entstanden sein konnte. Auch Pat. selbst hatte das Exanthem erst am Morgen bemerkt.

Es machten sich nämlich regellos über den ganzen Körper verstreut, zahlreiche, linsen- bis 5-pfennigstückgroße Bläschen mit serös-eitrigem Inhalte bemerkbar, einige wenige auch im Gesicht. Die einzelnen Effloreszenzen wiesen an ihrer Basis eine leichte Infiltration und zum Teil auch eine bräunlich-rote Färbung der umgebenden Haut auf.

Es wurde nun von uns die Diagnose „Varicellen“ gestellt, wenngleich auch die für Varicellen sonst so typische entzündlich rote Umgebung zumeist fehlte. Die Pat. wurde daher wegen Varicellen nach der inneren Abteilung B des Allerheiligen-Hospitals verlegt.

Dort veränderte sich das Krankheitsbild schon in den nächsten Tagen ganz erheblich.

Das Allgemeinbefinden wurde schlechter, die Temperatur erreichte fast täglich 39,5° und ging niemals unter

37,5° herunter, der Puls war ganz unregelmäßig, beschleunigt, meist etwa 100 Schläge in der Minute. Als neues sehr wichtiges, aber die Diagnose erschwerendes Symptom trat, abgesehen von der Veränderung des Exanthems, eine perkutorisch und palpatorisch ganz deutlich nachweisbare, einwandfreie Schwellung der Milz hinzu. Die Hautaffektion zeigte eine auffallende Wandlung, insofern als der oben beschriebene Bläschencharakter der einzelnen Effloreszenzen jetzt völlig verloren ging, und diese ein mehr papulo-pustulöses Aussehen, allerdings mit nur geringer Infiltration annahmen. Mit Rücksicht auf das ziemlich hohe Fieber, das schwere Allgemeinbefinden, die deutliche Milzschwellung und das jetzige Aussehen der Hauteffloreszenzen wurde zuerst von interner Seite der Verdacht ausgesprochen, ob es sich nicht im vorliegenden Falle um „echte Pocken" handelte. Als gravierendes Moment kam nämlich die Tatsache hinzu, daß wir kurz zuvor im Hospital mehrere Fälle von Variola vera gehabt hatten, welche absolut atypische Exanthemformen anfangs gezeitigt hatten, im einzelnen den Hauteruptionen dieser Pat. gleichend, und bei denen erst nach einiger Zeit der Beobachtung die Diagnose Variola liquid wurde. Einwandfrei war bei unserer Pat. die Diagnose nicht, vielmehr gleich differentialdiagnostisch erwogen, daß es sich hier auch eventuell um ein im Entstehen begriffenes, papulöses syphilitisches Exanthem handeln könnte. Verdächtig, namentlich für Lues, waren einzelne Effloreszenzen, die sich sehr schnell an den Fußsohlen entwickelt hatten und als Papeln imponierten. Eine serologische Untersuchung des Blutes wurde leider nicht gemacht, und Pat. am 30. Mai nach der Isolierbaracke des Städtischen Wenzel-Hanckeschen Krankenhauses wegen „Pockenverdacht" gebracht. Von dort wurde sie etwa 3 Wochen später wieder nach unserer Hautabteilung mit der Diagnose „Variola syphilitica" zurückverlegt.

Wir erfuhren, daß in dieser Zeit die Körpertemperatur der Pat. sich meist zwischen 39° und 40,5° gehalten habe und zeitweise Erscheinungen von Nackenstarre: Steifigkeit,

Schmerzen und Schwierigkeiten bei Kopfbewegungen bestanden hätten. In den letzten Tagen ihres dortigen Aufenthaltes hatte die Pat. Quecksilber in Pillenform erhalten, da die Diagnose „Lues“ nun sicher geworden war. Allerdings bot die Pat. speziell, was das Exanthem betraf, ein ganz anderes Krankheitsbild dar, als zuvor.

Der ganze Körper, einschließlich des Gesichts, namentlich aber die unteren Extremitäten waren bedeckt mit zahllosen, syphilitischen, pustulösen Effloreszenzen. Diese variierten in Linsen- bis Einmarkstückgröße und waren größtenteils bedeckt mit dunkelbraunen, fast schwarzen krustösen Auflagerungen nach Art der Rupiaform der Syphilis. Zum Teil erreichten sie eine beträchtliche Dicke, so daß die einzelnen Effloreszenzen um ein beträchtliches das Niveau der umgebenden Haut überragten. An einer Anzahl derselben und zwar vorwiegend an den unteren Extremitäten, hatte sich der Schorf bereits abgelöst, und an seiner Stelle sah man ein ziemlich tiefes, blutiges Geschwür in der Haut, dessen Umgebung eine dunkrote Farbe zeigte.

Das Allgemeinbefinden der Pat. war ein recht schlechtes, sie machte den Eindruck einer schwer kranken Person. Die Hautfarbe war ganz blaß, die sichtbaren Schleimhäute nur schwach rosa gefärbt. Pat. klagte über starke Herzbeschwerden, abgesehen aber von dem bereits früher konstatierten dumpfen ersten Ton und einer Pulssteigerung war kein abnormer Befund festzustellen. Der Milztumor war immer noch ganz deutlich, die Leber nicht vergrößert, Schwellung von Drüsen außer der kleinen indurierten Inguinaldrüse links nicht vorhanden.

Die Therapie bestand in Injektionen von 0,025 bis 0,05 Calomel (10 %iges Calomel-Paraffin), zweimal wöchentlich appliziert, zur äußeren Beeinflussung der Hautaffektion wurden Bäder mit Kalium hypermanganicum angewendet und der ganze Körper mit 10 %igem Borvaselin verbunden.

Die Temperatur, die bei Beginn der Injektionskur noch täglich 39° erreicht hatte, sank allmählich zur Norm herab, um nach etwa 2 Wochen wieder ganz plötzlich auf 39°

resp. 40° anzusteigen. Irgend eine Ursache für diese merkwürdige Temperatursteigerung war nicht zu ersehen, an den inneren Organen war nichts Abnormes zu finden, abgesehen von einer stark beschleunigten Herztätigkeit, von etwa 130—140 Schlägen in der Minute, und der jetzt allerdings noch auffälliger gewordenen Unreinheit des ersten Tones an der Herzspitze. Wir gelangten deshalb zur Annahme, daß es sich doch um eine spezifische Irritation des Herzens handelte und daß auch die plötzliche Temperatursteigerung in Zusammenhang mit der syphilitischen Infektion zu bringen sei.

Zugleich bekam die Pat. an einem dieser Tage einen Krampfanfall mit spastischen Kontrakturen der Finger, der etwa $^1/_4$ Stunde lang anhielt. Das Sensorium war getrübt, Pat. delirierte leicht und klagte später über heftige Schmerzen in beiden Füßen; die Zehen blieben jedoch ohne sichtbare Krampfstellung. Früher will Pat. niemals an derartigen Krampfanfällen gelitten haben.

Dann nahm der Heilungsprozeß einen ungestörten Verlauf, bis nach etwa weiteren 2 Wochen wiederum ein plötzlicher Temperaturanstieg bis 39,5° erfolgte und die Pat. wieder über starkes Herzklopfen und Beklemmungsgefühl auf der Brust klagte. Therapeutisch bekam die Pat. kleine Dosen von Tinctura Strophanti und eine Eisblase auf die Herzgegend. Zu derselben Zeit setzte ein leichter Icterus ein, der für spezifisch angesehen wurde, unter der energischen Quecksilbermedikation jedoch nicht erst zu voller Entwicklung gelangte; die Leber war dabei nicht vergrößert oder druckempfindlich, die Stühle nicht acholisch; von seiten der Verdauungsorgane bestanden keine Störungen.

Die Heilung der Hauteffloreszenzen war unterdessen soweit fortgeschritten, daß bei weitem der größte Teil völlig abgeheilt war, allerdings unter Zurücklassung einer ungemein intensiven Pigmentation, zum Teil auch unter Bildung einer der Größe der früheren Ulzeration entsprechenden, deutlich vertieften Narbe von ganz ausgesprochener Kokardenform. Diese Narbenbildung fand

sich besonders am Rücken und den Oberschenkeln, vereinzelt auch am Halse. Ein typisches Leukoderm jedoch war auffälligerweise trotz des brünetten Teints der Pat. nicht entstanden.

Zur Beförderung der Resorption der noch bestehenden syphilitischen Effloreszenzen und wenn möglich auch zur Beseitigung der entstellenden Pigmentation wurde in der letzten Zeit des Aufenthaltes der Pat. im Hospital eine 3%ige Chrysarobinsalbe in Anwendung gebracht.

Am 2. September wurde die Pat. auf eigenen Wunsch in poliklinische Behandlung entlassen. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut, Aussehen gesund. Die Körpergewichtszunahme beträgt 5 kg. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt überall normale Verhältnisse, sogar die Herztöne sind ganz rein und deutlich sowohl bei der Untersuchung im Stehen als auch im Liegen.

Pat. hat insgesamt erhalten:

Calomel 0,6,
Injektion Dr. Hirsch 2,0,
Hydrargyrum salicylicum 0,3.

Fall II.

E. G. Dienstmädchen, 27 Jahre alt. Aufgenommen: 27. Juni 1908.

Die Eltern sind tot, „Vater verunglückt", Mutter am Herzschlage gestorben, drei Schwestern sind gesund. Pat. selbst war angeblich immer gesund, vor 3 Jahren hat sie entbunden, das Kind lebt, ist gesund. Seit 4 Monaten hat sie Verkehr ausschließlich mit ihrem Bräutigam; über eine eventuelle frühere venerische Erkrankung desselben weiß Pat. nichts anzugeben. Seit etwa zehn Tagen hat sie einen Ausschlag am Körper bemerkt und klagt über allgemeine Mattigkeit, Abgeschlagenheit und heftige Kopfschmerzen, die besonders nachts fast unerträglich werden.

Status präsens: Kleines, schwächlich gebautes Mädchen, in sehr mäßigem Ernährungszustande. Körpertemperatur: 37,5°.

Auf der Haut des ganzen Körpers, vorwiegend aber an den unteren Extremitäten ein diffuses papulo-pustulöses, syphilitisches Exanthem. Die einzelnen Papeln weisen stellenweise einen sehr stark exsudativen Charakter auf, der zur Bildung von Blasen geführt hatte. Größtenteils fand sich um die einzelnen Effloreszenzen herum eine frisch-entzündliche, stark gerötete Zone, so daß das gesamte Krankheitsbild bei oberflächlicher Betrachtung an Varicellen erinnerte. Manche Effloreszenzen, in deren Umgebung es nicht bloß zu einer Hyperämie, sondern sogar zu Blutaustritten ins Gewebe gekommen war, zeigten einen mehr blau- resp. braunrötlichen Farbenton. Die Größe der einzelnen Eruptionen, inklusive der farbigen Zone variierte zwischen 10 Pfennig- bis Dreimarkstückgröße.

Am rechten Auge bestand eine angeblich vor zwei Tagen aufgetretene iritische Reizung. Die Iris ist grünlich verfärbt, die Pupille reagiert träge, das vordere Kammerwasser ist klar.

Die Halsorgane sind ohne pathologischen Befund. Drüsen sind nicht palpabel, auch sonst am Körper keinerlei Drüsenschwellungen festzustellen. Die Perkussion und Auskultation der Lungen und des Herzens sowie auch die Untersuchung des Abdomens und des Nervensystems ergibt keinerlei abnorme Verhältnisse.

An den äußeren Genitalien sind auch bei dieser Pat. weder eine Ulzeration, eine Induration noch auch eine Narbe zu finden. Die Portio vaginalis ist nicht erodiert, wegen einer bestehenden Reflexio uteri trägt Pat. ein Thomas-Pessar. Wassermansche Reaktion: positiv.

Diagnose: Maligne Lues mit leicht hämorrhagischem Exanthem.

Die Therapie bestand in Injektionen von zuerst löslichen, später unlöslichen Quecksilbersalzen, nämlich Calomel. Die einzelnen Effloreszenzen wurden mit Hg.-Pflaster bedeckt. Der Zustand des rechten Auges verschlimmerte sich gleich in den nächsten Tagen bedeutend, und es entwickelte sich

ein Gumma des Corpus ciliare (cf. Auszug aus der speziellen Krankengeschichte).

Der Heilungsverlauf der Hautaffektion ging ziemlich langsam vonstatten, insofern als die einzelnen Effloreszenzen sehr rasch zerfielen und nach Eintrocknung des Sekrets und Blutes mit einer fest anhaftenden, austernschalenartig angeordneten, braunschwarzen, dicken Borke rupioiden Charakters bedeckt waren.

Das Allgemeinbefinden der Pat. war in der ersten Zeit recht schlecht, wozu aber die zeitweise auftretenden, hochgradigen Kopfschmerzen, die wohl auf die Augenerkrankung zurückzuführen waren, nicht wenig beitrugen. Die Körpertemperatur schwankte zwischen 37 und 38,5°.

Einige Male trat nach den Injektionen leichtes Erbrechen ein, was uns zur sofortigen Aussetzung der Quecksilbermedikation veranlaßte und uns auch später bestimmte, zwischendurch ein paar Tage lang eine Inunktionsbehandlung anzuwenden. Erst nach etwa 5 Wochen waren die unter den Borken entstandenen, mehr oder weniger tiefen Geschwüre bei der aus den oben angeführten Gründen gegebenen Unmöglichkeit einer sehr energischen Behandlung abgeheilt und epithelisiert, so daß die Pat. am 15. August, nachdem auch der Prozeß am Auge zum Stillstand gekommen war, auf ihren dringenden Wunsch in poliklinische Behandlung entlassen werden konnte. Bis auf die recht intensive Pigmentation an der Stelle der einzelnen Effloreszenzen und dem weiter unten geschilderten Augenbefund ergab die Schlußuntersuchung der Pat. überall normale Verhältnisse.

Pat. hat insgesamt erhalten:

Calomel 0,4,
Injektion Dr. Hirsch 8,0,
Hydrargyrum salicylicum 0,2,
Unguent. hydrargyrum ciner. c. resorb. 30 gr.

Auszug aus der von Herrn Sanitätsrat Dr. Landmann geführten Krankengeschichte über die Augenaffektion der Pat. G.:

Am 20. Juni bestanden am rechten Auge der Pat. bereits alle Anzeichen einer heftigen Iritis, die sich auch in den folgenden Tagen trotz der üblichen Mittel (Atropin, Aspirin, trockene Wärme und Dionin) nicht beeinflussen ließ, obwohl subjektiv leichte Besserung eintrat.

25. Juni. Exsudat in der vorderen Kammer, das sich als gelbliche, etwa linsengroße Flocke im unteren Falz zusammenzieht, auf der hinten total verlöteten Iris Blutextravasat.

Am nächsten Tage unter heftigen Schmerzen eine vermehrte Schwellung am unteren, äußeren Hornhautrande, die am 29. Juni einen deutlichen Buckel bildet. Irisblutung resorbiert, die Farbe der Vorwölbung ist schwärzlich. Irisexsudat in gleicher Größe, etwas blutig tingiert.

30. Juni. Der Buckel an der Hornhaut teilt sich in zwei gleich große Hälften, die auf der Kuppe eine gelbliche Farbe haben.

Anfang Juli unveränderter Befund. Das Exsudat in der Kammer schwindet bis auf einen kleinen grauen Rest, die beiden Buckel nehmen ein glattes, schwärzliches Aussehen an, dabei bleibt die Spannung des Bulbus normal. Sehschärfe: Handbewegung.

7. Juli. Das Ödem der Bindehaut fast ganz zurückgegangen, es besteht noch tiefe und oberflächliche Injektion, es erscheinen nun drei isolierte nebeneinander stehende blauschwarze Flecke auf der Sclera, die mäßig erhaben sind, die Hornhaut ist klar, desgleichen die Kammer. Die Pupille stellt ein etwa dreieckiges, kleines, von brauner Schwarte eingenommenes Gebiet dar. Die Sehschärfe ist völlig geschwunden.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit gehen die entzündlichen Erscheinungen zurück, einmal trat vorübergehend Drucksteigerung ein.

Ende Juli liegen die schwärzlichen Stellen im Niveau der Sklera und bilden drei kleine dunkle Fleckchen. Kammer klar, flach; Pupille und Iris wie früher. Das Auge hat wieder Lichtschein, die Projektion von unten

und den Seiten her gut, von oben fehlend. Spannung — $^1/_2$. Das linke Auge ist objektiv und subjektiv normal.

Dieser Zustand erhält sich auch bei späteren Nachuntersuchungen.

Betrachten wir jetzt eingehender beide Fälle, so finden wir, daß sie in verschiedenen Symptomen völlig miteinander übereinstimmen.

Beiden fehlt die Eingangspforte der Infektion, weder anamnestisch war etwas zu erfahren, noch konnten wir objektiv durch die Untersuchung einen Primäraffekt oder auch auch nur die Residuen eines solchen: Narbe oder Induration finden. Es ist aber anzunehmen, daß dieser, wie das ja bei Frauen so häufig, jedenfalls viel häufiger als bei Männern vorkommt, so geringfügig und unscheinbar war, daß er von den Pat. selbst im Anfang übersehen worden ist, dann für den Arzt auch später nicht mehr erkennbar war. Es passiert uns alle Augenblicke, daß wir beobachten können, wie namentlich bei weiblichen Personen der Primäraffekt bisweilen rasch überhäutet, ohne deutliche Spuren zu hinterlassen, und wir finden mitunter von ganz flachen, absolut nicht charakteristischen Erosionen an den weiblichen Genitalien Spirochaeten im Dunkelfelde, ein paar Tage später sind die Erosionen ohne jede spezifische Therapie epithelisiert.

Also: In solchen Fällen war doch eine Initialmanifestation, ein Primäraffekt dagewesen, nur war seine Entwicklung so wenig typisch und nicht von der sonst üblichen lokalen Drüsenreaktion begleitet. Eine Überlegung dieser Tatsache zeigt recht deutlich, wie unrecht Basserau hat, wenn er lehrt: man könne aus der Natur der Initialsklerose Schlüsse auf den Verlauf und die Prognose der Syphilis ziehen.

Auffälligerweise waren überhaupt die Genitalien der beiden Pat. frei von syphilitischen Erscheinungen, und auch im weiteren Verlaufe sind sie von Manifestationen der syphilitischen Infektion verschont geblieben.

Bemerkenswert ist noch das Freibleiben der Schleimhäute. Während doch sonst Plaques auf den Tonsillen und auf der Schleimhaut des Mundes mit zu den häufigsten Symptomen einer syphilitischen Erkrankung gehören, blieben unsere beiden Pat. davon gänzlich verschont. Darauf, daß gerade bei der malignen Lues Veränderungen auf der Schleimhaut gegenüber den oft so intensiven und verhängnisvollen auf der Haut völlig in den Hintergrund treten, ist ja schon von verschiedenen Autoren hingewiesen worden.

Ähnlich verhält es sich auch mit den Drüsen, ist doch eine Skleradenitis multiplex eins der frühesten Symptome bei der gewöhnlichen Syphilis, bei der malignen findet man dagegen meist eine auffallend geringe Beteiligung der Drüsen. Nur eine einzige Inguinaldrüse war bei unserer Pat. (Fall I) zu palpieren, und die Möglichkeit liegt doch nur allzu nahe, daß diese einzige Drüsenschwellung schon vor der syphilitischen Infektion bestand. Lesser glaubt, daß bei den speziellen Fällen die Reaktion des lymphatischen Gewebes auf das Eindringen des syphilitischen Virus eine auffallend geringe ist, so daß es zu keiner entzündlichen Schwellung kommt, die der Verschleppung des Virus auf dem Wege der Lymphbahnen sich als erster Schutzwall entgegenstellt, und durch diese mangelnde Drüsenreaktion werde der Körper überschwemmt, und eben diese mangelhafte Reaktion sei das Wesen der Maligna. Von anderen Autoren wird jedoch dem widersprochen.

Wir sagten schon oben, daß die pustulöse Form der Effloreszenzen mit der ausgesprochenen Neigung zum Zerfall und Bildung von Ulzerationen für die maligna typisch sei. Unsere beiden Fälle bestätigen das.

Interessant ist in dieser Hinsicht besonders der erste Fall, der ja auch infolge der ungewöhnlichen Anfangseruption zur Stellung einer falschen Diagnose geführt hatte. Daß die ursprüngliche Hautaffektion, derentwegen die Pat. ins Hospital kam, eine gewöhnliche Urticaria war, ist wohl sicher; jedenfalls haben wir keinen Anhaltspunkt für die

Annahme der Spezifität dieser Urticaria in der Form der Urticaria syphilitica der Franzosen. Von französischen Autoren ist nämlich eine solche Urticaria syphilitica beschrieben als ein Exanthem, mit dem eine sehr reichliche Exsudation einhergeht, so daß die einzelne Macula das Hautniveau überragt, etwa wie die exsudativen Papeln der Gravida. Dagegen spricht einmal die für Urticaria ganz typische, für die Einzeleffloreszenzen der Syphilis nicht in Frage kommende, flächenhafte Ausbreitung der Effloreszenzen an den Extremitäten, aber auch am Stamm unserer Pat., sodann die Tatsache, daß bei der malignen Lues ein makulöses Exanthem nur ganz ausnahmsweise beobachtet wird.

Ungewöhnlich und uns daher in diagnostischer Beziehung irreführend war der überaus plötzliche Ausbruch des Exanthems, das wir zuerst für Varicellen hielten, das tatsächlich aber ein syphilitisches war. Neumann, der wie auch andere Autoren, in seinem Buche von „Varicella resp. Variola syphilitica" spricht, hebt besonders hervor, daß die Eruption gewöhnlich langsam vor sich geht und selten von stärkeren Fiebererscheinungen begleitet ist.

Bei unserer Pat. nun war ja gerade der Umstand, daß sie, nach der inneren Abteilung wegen Varicellen verlegt, ein so schweres Krankheitsbild darbot, hoch bis 40° fieberte, über heftige Kopfschmerzen klagte, so frappierend, daß wir, ebenso wie die Internisten an Variola vera denken mußten. Last not least — der Milztumor und die Erinnerung daran, daß kurze Zeit zuvor bei uns zwei Pockenfälle mit einem ganz genau ebenso aussehenden Exanthem beobachtet wurden, legten diese Annahme noch näher.

Jay F. Schamberg-Philadelphia berichtet, daß bei einer von ihm beobachteten Pockenepidemie unter 1900 Fällen 4 Fälle von frischer Syphilis ins Krankenhaus kamen.

Als differentialdiagnostisches Kriterium will er besonders die Entstehungsgeschichte, die Art des Ausbruchs der Krankheit, die bei Blattern gewöhnlich sehr rasche Verbreitung des Exanthems berücksichtigt wissen; aber gerade

das alles ließ uns bei unserer Pat. völlig im Stich oder sprach sogar viel mehr für Variola als für Lues, deren Möglichkeit wir besonders wegen der an den Fußsohlen aufgetretenen Effloreszenzen immer im Auge behielten, und zwar mit Recht, wie uns das Bild zeigte, das Pat. uns nach ihrer Rückverlegung bot.

Wir fanden nämlich dann ein mehr oder weniger in Zerfall resp. Geschwürsform übergegangenes, syphilitisches Exanthem mit hämorrhagischem Charakter. Die rote Zone um die einzelnen Effloreszenzen, die, als ein akut entzündlicher Bezirk erscheinend, uns zuerst zu der Diagnose Varicellen resp. Variola geführt hatte, war, wie man jetzt aus der Weiterentwicklung deutlich erkennen konnte, nur durch Blutaustritte bedingt. Auch hatten die, die Form und den Aufbau der Rupia syphilitica zeigenden, krustösen Auflagerungen eine schwarzbraune Farbe, ebenso wie der Grund der Effloreszenzen, deren Schorf bereits abgelöst war, ein stark blutigrotes Infiltrat zeigte.

Das Vorstadium dieses sich jetzt unserem Auge darbietenden Exanthems mag wohl, wie man mit ziemlicher Sicherheit annehmen kann, so gewesen sein, wie es unsere zweite Pat. bei ihrer Hospitalaufnahme zeigte. Hier handelte es sich um ein soeben entstandenes oder vielmehr entstehendes hämorrhagisches, pustulöses Syphilid, und daß es nicht zu solcher Ausbreitung und Weiterentwicklung wie im ersten Falle kam, ist einzig und allein der sogleich eingeleiteten energischen Hg.-Therapie zu verdanken.

Daß die syphilitischen, besonders pustulösen Exantheme in einzelnen seltenen Fällen hämorrhagisch werden können, ist ja hinlänglich bekannt. Es handelt sich dann eben um eine intensivere Form der Erkrankung, deren anatomische Grundlage eine ausgesprochene Schädigung der Gefäßwände darstellt (Mracek u. a.).

Ob das Auftreten der Hämorrhagien in unserem Falle mit der Maligna zusammenhängt, oder ob es sich um ein zufälliges Akzidens und ein zufälliges Koinzidieren beider Erkrankungsformen handelt, ist nicht zu sagen. Wenigstens

erscheint das unmöglich, solange wir nicht die genaueren Bedingungen, welche die hämorrhagischen Infiltrationen bei Luesefflorescenzen herbeiführen, kennen. Daß die Maligna an sich nicht der Grund für hämorrhagische Formen ist, geht ja schon aus der Tatsache hervor, daß bei weitem die größte Zahl der Malignafälle ohne solche Hämorrhagien einhergeht.

Thimm veröffentlicht einen ähnlichen Fall, der doch auch vielleicht in die Gruppe der Maligna gehört. Bei einem Pat., der sich bei ihm mit einem typischen ulzerierten Primäraffekt vorstellte, entwickelten sich nach drei Wochen aus den Einzelefflorescenzen eines spärlichen, großmakulösen Exanthems innerhalb von drei Tagen mit dunklem, flüssigem Blute gefüllte Blasen. Bald darauf platzte die Decke der einzelnen Blasen, und es entstanden nierenförmige Geschwüre mit dicken braunschwarzen Borken bedeckt, die abgesehen von der dunklen Verfärbung der Auflagerungen das Bild einer typischen Rupia syphilitica darboten.

Ob es sich bei unserer Pat. um eine gleiche Entwicklung gehandelt hatte, können wir nicht sagen, da die Pat. in der fraglichen Zeit unserer Beobachtungen nicht zugänglich war.

Therapeutisch sind diese höchst eigenartigen Exantheme dem Quecksilber meist ebenso zugänglich wie die bei der normalen Syphilis, allerdings dauert der Heilungsverlauf meist länger, und fast ausnahmslos bleiben sehr deutliche Pigmentflecke und mehr oder weniger tiefe Narben zurück. Bei unseren Patientinnen waren die Pigmentationen ungemein intensiv, besonders bei Fall I, bei dem der ulzeröse Prozeß der einzelnen Effloreszenzen schon weiter fortgeschritten war. Hier entwickelten sich namentlich am Rücken und den Oberschenkeln Narben, die ganz das Aussehen und die Form einer Kokarde hatten: ein helleres vertieftes Zentrum umgeben von einem stark pigmentierten, dunkelbraunen Saume, ein Bild, wie man es manchmal — freilich im Diminutiv — als Residuen einer sehr ver-

nachlässigten Impetigo contagiosa besonders bei Kindern zu sehen bekommt.

Wenn schon bei der normalen Syphilis Temperatursteigerungen kurz vor oder nach dem Ausbruch des Exanthems eine so häufige Begleiterscheinung sind, so gehört hohes, lange andauerndes Fieber zu den charakteristischen Äußerungen der malignen Syphilis. Die Ursache für solche Temperatursteigerungen wie auch für die meist eintretende, bei der malignen Lues mitunter sehr hochgradige Anämie, wird man wohl weniger in der Wirkung des Virus selbst, als vielmehr in der Wirkung der von dem Virus erzeugten toxischen Substanzen zu suchen haben. Als Beleg für diese Theorie führen Finger und Lesser an die gleichen Verhältnisse bei anderen allgemeinen Infektionskrankheiten, bei denen das Auftreten solcher Prostationserscheinungen auch auf die Wirkung von Toxinen zurückgeführt werden.

Der Modus der Temperatursteigerung ist kein konstanter. Bei der malignen Lues handelt es sich meist um hohes Fieber mit remittierendem oder auch intermittierendem Typus von ziemlich langer Dauer, mitunter ist das Fieber auch ein kontinuierliches. Bei Frauen besonders ist es häufig ganz atypisch. Das konnten wir so recht bei unserem ersten Falle beobachten. Nach einer Periode sehr hohen kontinuierlichen Fiebers ging die Temperatur ziemlich plötzlich herab, um nach etwa 10 Tagen wieder in die Höhe zu schnellen und nach weiteren 2 bis 3 Tagen ebenso plötzlich wieder herunterzusinken. Dieser jähe Temperaturanstieg wiederholte sich noch mehrmals, sodaß wir eine Kurve von intermittierendem Typus, allerdings mit auffallend langen Intermissionen vor uns hatten.

In Analogie mit anderen infektiös-toxischen Erkrankungen des Gesamtorganismus treten bei der malignen Syphilis neben Fiebererscheinungen mit großer Regelmäßigkeit Milztumor und Icterus, weniger häufig Leberschwellung auf.

Sowohl über die Häufigkeit des Auftretens als auch über die eigentlichen Ursachen der Milzschwellung gehen die Ansichten der Autoren sehr auseinander. Nach Lesser

ist im Beginn der syphilitischen Erkrankung eine Anschwellung der Milz, entsprechend der Milzschwellung bei anderen Infektionskrankheiten, nicht selten nachweisbar, bei Lues maligna fast regelmässig vorhanden. Neumann und andere wieder teilen diese Ansichten nicht. Die Verschiedenheit dieser Angaben beruht, was Bruhns besonders betont, in der Schwierigkeit des exakten Nachweises der Milzschwellung; er ist der Meinung, daß bei rezenter Lues ein Milztumor nur selten einwandfrei nachgewiesen werden kann, unter 4 Fällen von maligner Lues fand er jedoch zweimal einen deutlichen Milztumor.

Bei unserer ersten Pat. war der Milztumor ganz bedeutend, ein Umstand, der ja in diagnostischer Hinsicht sehr störend war.

Eine häufigere und auch für die Diagnostik einen sehr wichtigen Fingerzeig bildende Begleiterscheinung der Lues scheint unserer Meinung nach der Icterus zu sein. Daß ein in der Eruptionsperiode entstandener Icterus kein zufälliger oder ein dem katarrhalischen Icterus analoger, sondern ein spezifischer Prozeß ist, das ist wohl allgemein anerkannt; nur über die Entstehungsursache wogt noch der Streit der Meinungen. Während die einen glauben, daß es sich um einen durch die syphilitische Infektion hervorgerufenen, von der Leber primär seinen Ausgang nehmenden Prozeß handle, und auch eine gewisse Prädisposition verantwortlich machen, deren Bedeutung recht fraglich erscheint, ist der Icterus nach der Ansicht der anderen hämatogener + hepatogener Natur, indem einerseits durch den deletären Einfluß der syphilitischen Infektion ein Zerfall der Erytrocyten, andererseits auch eine Schädigung der Leberzellen bedingt sei. Schließlich müsse man auch noch die bei Beginn der Kur eintretende hämolytische Wirkung des Quecksilbers in Anrechnung bringen. Auch Ursachen mechanischer Art sind für die Entstehung des Icterus herangezogen worden, z. B. Schwellung der Schleimhaut des Duktus choledochus, ferner auch Schwellung der Lymphdrüsen an der Porta hepatis, die einen Druck auf

die Gallengänge ausüben. Am meisten hat die Annahme für sich, daß Vorgänge analog denen auf der Haut, also papulöser oder plaquöser Art, sich auf der Schleimhaut der Gallengänge abspielen und so einen Icterus herbeiführen können. Es ist ja auch gar kein Grund einzusehen, warum die Syphilis nur eben auf der Haut und der Schleimhaut Erscheinungen zeitigen sollte, nicht auch in den inneren Organen.

Wir wissen seit langem, daß alle Organe zu jeder Zeit von der Syphilis befallen werden können. Wir kennen syphilitische Pleuritiden, Gelenkerkrankungen, Meningealirritationen usw. usw., die natürlich durchaus nicht an die Spätperioden gebunden sind, sondern gleich im Anfang der allgemeinen Eruptionen eintreten können und eintreten.

Meist verschwindet der Icterus bald nach Einleitung einer merkuriellen Kur, nur in seltenen Fällen entwickelt sich die höchst verhängnisvolle, meist tödlich verlaufende, gelbe Leberatrophie im Gefolge einer malignen Lues, wie sie auch beschrieben ist. Interessant ist in dieser Beziehung ein von Vezprémi und Kanitz beobachteter Fall von gelber Leberatrophie bei maligner Lues, der zur Sektion kam, insofern als hier eine genaue Untersuchung auf Spirochaeten nach der Levaditischen Methode durchgeführt wurde. Hierbei fand sich nämlich die überraschende Tatsache, daß, während in den zerfallenden Papeln der äußeren Haut ungeheure Spirochaetenmassen gefunden wurden, in der Leber nirgends Spirochaeten nachzuweisen waren. Deshalb kommen die beiden Autoren zu der Ansicht, daß nur toxische Stoffe die Ursache der gelben Leberatrophie sein können. Ob dieser Schluß richtig ist, erscheint uns doch in gewissem Sinne fraglich. Es wäre doch möglich, daß der ganze Krankheitsprozeß in dem Zeitraum bis zu seinem Fortschreiten zu dem vollendeten Bilde der akuten gelben Leberatrophie und bis zu dem Exitus, der die ganze Tragödie abschloß, so erhebliche Störungen örtlich zustande gebracht hatte, daß auch die Spirochaeten dabei ihren Untergang gefunden hätten, mit anderen Worten, daß also doch die Spirochaeten selbst die Ursachen der Leberatrophie

sind und daß man sie nur nachher in dem vollendeten Bilde der Krankheit nicht mehr findet. Wir erinnern nur an die Analogien bei den Bakterienbefunden in alten tuberkulösen Gelenken (Schuchardt und Krause). Auch der echte Tumor albus zeigt keine Tuberkelbazillen und doch wird niemand an seiner Tuberkulose-Ätiologie zweifeln.

Dem nachteiligen Einfluß der toxischen Stoffe werden noch verschiedene andere Symptome zugeschrieben, die bei der gewöhnlichen Lues meist spontan verschwinden, bei der malignen dagegen zu schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens führen. Hierzu gehören Herzbeschwerden, epileptoide Anfälle, Anämie und Gelenkschmerzen. Die Störungen von seiten des Herzens bestehen in Palpitation, Pulsarythmie, Atemnot und objektiv auch zuweilen im Auftreten von Herzgeräuschen. Was von diesen letzteren Erscheinungen aufs Konto der Allgemeininfektion zu schreiben, was auf spezifische Erkrankungsherde im Herzmuskel oder Endocard selbst zurückzuführen ist, entzieht sich völlig unserer Beurteilung.

Daß bei der malignen Lues Gelenkerkrankungen häufiger sind als sonst, ist nicht bekannt. Vielleicht liegt das auch daran, daß die Kenntnis von der Möglichkeit einer luetischen Erkrankung von Gelenken noch längst nicht so verbreitet ist, wie die anderer Organe. Erst neuere Arbeiten (Harttung, Wysocki) haben uns gelehrt, daß derartige Affektionen viel häufiger sind, als man bisher annahm, und daß die angebliche Seltenheit solcher Fälle einzig und allein auf der Tatsache beruht, daß die betreffenden Pat. nach den inneren oder chirurgischen Spezialabteilungen der Krankenhäuser gebracht werden, wo dann die Möglichkeit der syphilitischen Natur des Leidens gar nicht in Erwägung gezogen wird.

Unsere beiden Pat. klagten wohl mehrmals über Schmerzen in verschiedenen Gelenken, jedoch eine spezifische Gelenkaffektion anzunehmen, lag kein Grund vor.

Sehr häufig treten bei der malignen Lues Störungen von seiten des Nervensystems auf. Regelmäßig bestehen

intensive Kopfschmerzen, die besonders nachts exacerbieren. Die bei Fall I beobachteten Krampfanfälle mit spastischen Kontrakturen der Finger mögen wohl zu den von Neumann erwähnten, epileptoiden Anfällen gehören. Es liegt sehr nahe, alle diese Störungen auf irgendwelche entzündliche Veränderungen an den Hirnhäuten zurückzuführen (Meningealirritation, Lang). Jedenfalls ist eine solche Annahme ganz plausibel, wenn, wie bei Fall I, tatsächlich Zeichen von Genickstarre, Schwierigkeiten bei Kopfbewegungen vorhanden waren.

Die bei unserem zweiten Falle beobachtete Augenerkrankung gehört wohl nicht zur Maligna, ist aber doch in mancher Hinsicht so interessant, daß näher darauf eingegangen werden muß.

Was die Beteiligung des Auges bei Syphilis betrifft, so stehen nach einer von Willy Stamwitz aufgestellten Statistik, bezüglich der Häufigkeit ihrer Erkrankung Iris und Ciliarkörper an erster Stelle. Zumeist handelt es sich um spezifische Iritis, die bei geeigneter Behandlung fast ausnahmslos ohne nennenswerte größere Schädigung des Auges abheilt, dagegen sich selbst überlassen, — hierauf weist Lesser besonders hin — durch Fortschreiten der Entzündung auf die nach hinten gelegenen Teile des Auges: Ciliarkörper und Chorioidea schließlich zur völligen Atrophie des Bulbus führen kann. Die bei unserer Pat. beobachtete Entstehung eines Gummas des Ciliarkörpers ist sehr selten. In der mir zugänglichen Literatur fand ich nur einen einzigen, allerdings in jeder Beziehung mit dem unsrigen übereinstimmenden Fall beschrieben. M. Krivonossoff berichtet von einem 47 Jahre alten Manne, daß er schon wochenlang an heftigen, besonders nachts exacerbierenden Kopfschmerzen gelitten und erst wegen Schmerzen im linken Auge, Rötung der Konjunctiva, Tränenträufelns und einer ganz offenbaren Herabsetzung der Sehschärfe die Klinik aufgesucht habe. Bei diesem Kranken war ganz wie bei unserer Pat. am unteren äußeren Quadranten der Cornea die Sklera hervorgewölbt und schwärzlich verfärbt, ebenfalls

bestand oberflächliche und tiefe Injektion der Gefäße. Im unteren Teile der vorderen Kammer fand er ein Exsudat, die Pupille war verengt und reagierte nur schwach auf Lichteinfall. Beeinflußt durch eine an der rechten Tibia des Pat. bestehende gummöse Periostitis wurde die Diagnose Gumma des Ciliarkörpers gestellt und der Pat. neben lokaler Behandlung einer allgemeinen antiluetischen Kur unterworfen. Der Erfolg war dann auch ein eklatanter, als der Pat. nach ca. 3 Wochen die Klinik verließ, zeigte sich an der Stelle des Gummas nur ein kleiner pigmentierter Fleck, die Sehschärfe war nur ein wenig geringer als die des völlig normalen rechten Auges. Diesen überaus günstigen Ausgang der Erkrankung bezeichnet Krivonossoff selbst als Seltenheit, er sieht in dem Auftreten eines Gummas des Ciliarkörpers eine schwere Affektion, die in fast 64% aller Fälle den völligen Verlust des Auges herbeiführt. Wir sind jedoch der Meinung, daß diese Prozentzahl noch zu niedrig bemessen ist, und glauben, daß fast in allen Fällen eine schwere Schädigung des Auges resultiert, wie sie auch bei unserer Pat. eintrat, die bei ihrem Weggange aus dem Krankenhause nur noch Lichtschein bei relativ gut erhaltener Projektion von unten und den Seiten her hatte.

Es bleibt nun noch übrig, einiges über die Therapie und Prognose der Syphilis maligna hinzuzusetzen. An der Spitze aller therapeutischen Maßnahmen steht die Anwendung des Quecksilbers in jeder Form, am wirksamsten hat sich uns das Calomel erwiesen. Ob man dem Jodkali bei der Behandlung der Maligna eine große Bedeutung zuschreiben darf, möchten wir dahingestellt sein lassen. Ein Versuch damit wird aber in den meisten Fällen gerechtfertigt erscheinen. Neben dieser spezifischen Hg.-Behandlung und einer damit verbundenen lokalen Beeinflussung der Effloreszenzen mit Borvaselin zuerst, später mit Quecksilberpflastern ist das Hauptgewicht auf eine sorgsamste Hebung des Allgemeinzustandes der Pat. zu legen. Schwitzbäder und elektrische Bäder, nach den Wiesbadener Vorschriften

angewendet, führen im Verein mit einer sorgfältig geregelten, roborierenden Diät zu dem gewünschten Erfolge. Als sehr gutes Unterstützungsmittel hierbei haben wir das Arsen kennen gelernt und zwar in der Form von Injektionen der Rosenthalschen Arsenlösung, zweimal wöchentlich in steigenden Dosen appliziert.

Prognostisch ist die maligne Syphilis durchaus nicht so ungünstig zu beurteilen, wie es von vornherein den Anschein hat. Ja es scheint sogar, daß die Erkrankung, nachdem sie, mit so stürmischen Erscheinungen einsetzend, sich ausgetobt hat, leichter zur definitiven Heilung kommt, als unter normalen Verhältnissen. Jedenfalls sind Recidive nach maligner Lues selten, die metasyphilitischen Erkrankungen: Tabes und Paralyse nicht häufiger beobachtet worden als nach der gewöhnlichen.

Zum Schlusse spreche ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Harttung, für die gütige Überweisung des Themas, sowie für die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank aus; ebenso Herrn Sanitätsrat Dr. Landmann für die Unterstützung bei dem speziellen augenärztlichen Teile.

Literaturverzeichnis.

Bruhns: Über Milztumor im Frühstadium der Syphilis. Arch. f. Derm. u. Syphil. B. 39, 1899.

Finger: Die Syphilis und venerische Krankheiten.

Goldstein, O.: Zwei Fälle von Eruptionsicterus. Wien. med. Wochenschr. 1904, Nr. 40—42.

Grassmann: Über die acquirierte Syphilis des Herzens. Münch. med. Wochenschr. Bd. 44, No. 18, 1897.

Harttung: Luetische Gelenkerkrankungen. Med. Klin. 1909, No. 27.

Haslund: Syphilis maligna. Arch. f. Derm. u. Syphil., Bd. 38, 1897.

Jadassohn: Die venerischen Krankheiten (Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten, Stuttgart, 1900.)

Ders: Die Bedeutung der modernen Syphilisforschungen, besonders der Serumdiagnostik für die Klinik der Syphilis. Korrespondenzbl. f. Schweizerärzte, 1909, No. 5.

Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

M. Krivonossoff: Syphilome du corps ciliaire (Journ. russe des mal. cut. et vén., nov. 1907). Ref.: Annales des maladies vénériennes. No. 7, 1908.

Lesser: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Mracek: Syphilis haemorrhagica neonatorum. Arch. f. Derm. u. Syphil., 1887, Bd. 19.

Neisser: Syphilis maligna (The Brit. Journ. of Dermatology IX, 1). Ref.: Münch. med. Wochenschr. Bd. 45, 1898.

Neumann: Syphilis.

Piccardi: Syphiloderma haemorrhagicum adultorum. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 50, 1899.

Rost: Über Syphilis maligna. Derm. Zeitschr. Bd. 15, H. 5.

Samberger F.: Zur Pathogenese der syphilitischen Anämie und des syphilitischen Icterus. Arch. f. Derm. u. Syphil., Bd. 67, S. 89.

Seegall: Berliner dermatolog. Gesellschaft. Sitzg. 3. März 1903. Ref.: Arch. f. Derm. u. Syphil. Bd. 66. S. 217.

Stamwitz, W.: Beiträge zur Statistik der syphil. Augenerkrankungen. Inaug.-Dissert. Leipzig, 1904.

Schamberg, Jay. F.: The diagnosis of Small pox. Journ. amer. Med. Associat. XXXVIII. Ref.: Arch. f. Derm. u. Syphil. Bd. 64, S. 292.

Thimm: Ein eigenartiges hämorrhagisches Syphilid der Haut. Dtsch. Med. Wochenschr. No. 14, 1903, Jahrg. 29.

Vörner: Über Syphilis und Hämorrhagie. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 76, 1905, Juli.

Weitz: Über einen eigenartigen Fall von Syphilis hämorrhagica bei einem Erwachsenen. Monatshefte f. prakt. Derm., Bd. 41, S. 544.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Oskar Seiffert, am 17. Februar 1883, zu Brieg, Reg.-Bez. Breslau, als Sohn des inzwischen verstorbenen Kaufmanns Georg Seiffert. Ich bin evangelischer Konfession. Den ersten Unterricht genoß ich in einer Elementarschule, dann besuchte ich das städtische Gymnasium zu St. Elisabet in Breslau von 1892—1902, das städtische Gymnasium zu Liegnitz von 1902—1903; an dieser Anstalt bestand ich Ostern 1903 die Reifeprüfung. Ich widmete mich dem Studium der Medizin an den Universitäten zu Heidelberg (1 Semester) und Breslau (9 Semester). Im Wintersemester 1905/06 bestand ich die ärztliche Vorprüfung in Breslau. Am 30. Juni 1908 beendigte ich die ärztliche Staatsprüfung in Breslau. Am 15. Juli trat ich als Medizinalpraktikant in die dermatologische Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau (Primärarzt Herr Prof. Dr. Harttung) ein, und bin mit Ausnahme von $4\frac{1}{2}$ Monaten, in denen ich am St. Adalbert-Hospital zu Oppeln (dirig. Arzt Herr Dr. Dittel) als Medizinalpraktikant beschäftigt war, dauernd an dieser Abteilung, seit dem 15. Juli 1909 als Assistenzarzt tätig.

Während meiner Studienzeit hörte ich folgende Dozenten:

Die Herren *Anschütz, Bonhoeffer, Czerny, Dienst, Filehne, Flügge, Garrè, Goeppert, Groenouw, Hasse, Hinsberg, Hürthle, Krafft, Krause, Kükenthal, Küstner, Küttner, Ladenburg, Lesser, Ludloff, Neisser, Ponfick, Quinke, Röhmann, Schaeffer, Schaper †, R. Stern, Stich, v. Strümpell, Uhthoff, Winkler, Zieler.*

Allen meinen Lehrern spreche ich meinen ergebensten Dank aus.